

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1917

THÈSE

N° 75

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

BASILE (Naïm)

Né à Alep (Syrie), 5 octobre 1892

Ancien Interne provisoire des hôpitaux de Paris

Contribution à l'Étude

de la

Phlycténose récidivante des Extrémités

Acrodermatite continue de Hallopeau

Président : M. ERNEST GAUCHER, professeur

PARIS

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, VI^e

—
1917

75

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1917

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

BASILE (Naïm)

Né à Alep (Syrie), 5 octobre 1892

Ancien Interne provisoire des hôpitaux de Paris

Contribution à l'Étude

de la

Phlycténose récidivante des Extrémités

Acrodermatite continue de Hallopeau



Président : M. GAUCHER, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, Rue Racine (VI^e)

1917

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

ASSESEUR : G. POUCHET

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie.	CH. RICHEL
Physique médicale.	WEISS
Chimie organique et Chimie générale.	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales.	ACHARD
Pathologie médicale.	WIDAL
Pathologie chirurgicale.	TEISSIER
Anatomie pathologique.	LEJARS
Histologie.	PIERRE MARIE
Opérations et appareils.	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale.	AUGUSTE BROCA
Thérapeutique.	POUCHET
Hygiène.	N.
Médecine légale.	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	N.
Pathologie expérimentale et comparée.	LETULLE
	ROGER
	DEBOVE
	LANDOUZY
	GILBERT
	CHAUFFARD
	HUTINEL
Clinique médicale.	
Maladies des enfants.	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	GILBERT BALLEL
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux.	DEJERINE
	DELBET
	QUENU
	N.
	HARTMANN
Clinique ophtalmologique.	DE LAPERSONNF
Clinique des maladies des voies urinaires.	LEGUEU
	BAR
	COUVELAIRE
	RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique.	POZZI
Clinique chirurgicale infantile.	KIRMISSON
Clinique thérapeutique.	ALBERT ROBIN
Hygiène clinique de la première enfance.	MARFAN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ALGLAVE	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BERNARD	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
BRANCA	JOUSSET (A.)	MOCQUOT	SAUVAGE
BRUMPT	LABBE (H.)	MULON	SCHWARTZ (A.)
CAMUS	LAIGNEL-LAVASTINE	NICLOUX	SICARD
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	TANON
CHAMPY	LECENE	OKINCZYC	TERRIEN
CHEVASSU	LEMIERRE	OMBREDANNE	TIFFENEAU
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	VILLARET
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERER	ZIMMERN
GREGOIRE	LEREBoullet	RIBIERRE	
GUENIOT	LERI	RICHAUD	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GAUCHER

Membre de l'Académie de Médecine

PRÉLIMINAIRES

Il nous a été donné d'observer à l'Hôpital Saint-Louis, dans le service où nous sommes affecté, un cas d'une affection curieuse et rare ; il s'agit de la *Phlycténose récidivante des extrémités*, affection jeune encore puisque, connue seulement par les quelques cas qui ont suffi à peine à la caractériser.

Grâce à l'inspiration de notre maître, M. le Dr Brodier, nous avons adopté pour sujet d'étude cette dermatose de laquelle nous donnons une sorte de vue d'ensemble, guidé surtout par nos constatations quotidiennes de l'évolution de cette maladie dans notre observation particulière.

Cette observation, prise au jour le jour nous la rapportons en détail au début de notre travail, mais elle nous sert dans les chapitres qui suivent de terme de comparaison auquel nous nous reportons souvent ; enfin, nous nous appliquons de notre mieux à élucider certains points obscurs concernant la pathogénie et la thérapeutique de cette curieuse dermatose.

Contribution à l'Étude

DE LA

Phlycténose récidivante des Extrémités

Acrodermatite continue de Hallopeau

En septembre 1916, entre dans le service de notre maître, M. le Dr de Beurmann, un malade atteint d'une affection qui est diagnostiquée au premier abord dermite eczématisée des pieds.

Mais il ne s'agissait pas, comme on l'a cru à un examen superficiel, d'une lésion banale ; l'interrogatoire, le début de la maladie, puis sa longue évolution, les résultats négatifs d'une thérapeutique rationnelle montrèrent bientôt que l'on se trouvait en présence d'une dermatose spéciale.

Voici au surplus l'observation détaillée du malade :

M. H..., âgé de cinquante-six ans, n'a aucun antécédent héréditaire. Son père et sa mère étaient en bonne santé et sont morts l'un et l'autre à un âge avancé, soixante-dix-sept et soixante-dix-huit ans. Il est marié, sa femme n'est pas malade et il a trois enfants bien portants.

Au point de vue antécédents personnels, il n'y a rien à relever, sauf un accident sur lequel nous reviendrons.

Le malade déclare n'avoir jamais eu de maladie conta-

gieuse ; il n'a jamais quitté la France et n'a présenté ni accès de paludisme, ni fièvre intermittente.

Il a été d'abord maçon, puis fabricant de bas, ensuite cantonnier, mais n'a jamais fait aucun métier exposant au saturnisme.

Il existe par contre chez lui un éthylysme assez marqué, bien que ne s'étant jamais manifesté par le plus léger signe d'intoxication alcoolique (zoopsie, tremblement, crampes dans les membres inférieurs). Le malade, d'ailleurs, avoue avoir pris en moyenne deux litres de vin par jour, deux apéritifs quotidiens et le matin un café avec un petit verre d'alcool.

Au point de vue cutané, il n'a jamais eu la syphilis ni la moindre éruption.

En somme, les seules séquelles que l'on puisse relever, ce sont les suites de l'accident signalé plus haut. Il est assez difficile de se rendre un compte exact de ce qui s'est passé, car le malade ne donne que des renseignements vagues et embrouillés.

Voici ce qu'il raconte : il avait seize ans et exerçait alors la profession de maçon ; il aurait reçu certain jour un coup à la face antérieure de la jambe droite, au niveau de la partie moyenne du membre ; ce traumatisme semblait d'abord peu important, puisque le soir même le malade a marché trois à quatre heures ; mais le lendemain, le membre était tuméfié, rouge, douloureux, rendant la marche impossible ; quarante-huit heures plus tard, les divers symptômes avaient acquis une telle intensité que le malade se décide à entrer à l'hôpital.

~ Dans cet hôpital, au Pas-de-Calais, on lui fait une incision ;

par l'ouverture s'écoule un liquide visqueux et filant « comme de l'huile ».

On panse régulièrement la plaie, et au bout de quatre mois la guérison est complète. — A ce moment, raconte le malade, un infirmier l'aurait pris du lit et déposé un peu brusquement sur le sol ; à la suite de ce choc, la plaie se rouvrit, notamment au niveau du point touché primitivement par le traumatisme.

L'interrogatoire le plus minutieux n'a révélé aucun détail précis ; tout ce que nous avons pu savoir, c'est que le malade est resté alité un an, que le tibia a été partiellement, sinon fracturé, du moins nécrosé, puisque par l'orifice se sont éliminés à diverses reprises des séquestres, entretenant une suppuration peu abondante mais continue. Avec le temps, l'élimination osseuse a cessé, l'écoulement purulent s'est tari et la fistule s'est oblitérée.

A la même époque s'est développée une arthrite chronique du cou-de-pied, amenant peu à peu une ankylose de l'articulation et une déviation du pied.

Pendant quarante ans, le malade n'a présenté aucun symptôme morbide jusqu'à l'apparition de la lésion actuelle.

Le début remonte à un peu plus de deux ans : il est survenu spontanément, sans cause apparente et alors que le malade exerçait le métier de cantonnier. C'est le pied droit, c'est-à-dire du côté de l'accident ancien, qui a été atteint le premier, et tout d'abord exclusivement : ce n'est en effet que sept à huit mois plus tard que le pied gauche s'est pris à son tour, mais les lésions à ce niveau ont toujours été moins étendues et moins intenses qu'à droite.

Quant aux mains, tant à droite qu'à gauche, elles n'ont jamais été le siège de la moindre éruption.

La dermatose s'installe donc insidieusement, sans provocation aucune ; peut-être cependant y aurait-il lieu de considérer, comme point d'appel, comme cause adjuvante, la présence de durillons assez marqués au niveau de la plante des pieds, et des phénomènes d'hyperhydrose relativement intenses qui ont brusquement cessé pour faire place à de l'anhydrose ; et c'est à ce moment précis qu'est apparue la lésion, accompagnée de phénomènes subjectifs minimes. Il n'y a jamais eu de douleur au niveau des membres inférieurs : tout au plus le malade accusa-t-il localement quelques tiraillements, quelques picotements, qui annonçaient l'apparition de l'élément morbide. Sans cela, les lésions seraient passées peut-être inaperçues.

L'élément qui caractérise cette dermatose est bien spécial. Il s'est montré à droite, au niveau du gros orteil sous la forme d'un *liséré érythémateux*, entourant une vésicule, mieux, *une phlyctène* blanchâtre de la grosseur d'une lentille, le tout sans saillie appréciable à la vue ni au toucher.

En quelques jours il y a rupture spontanée, élimination d'une gouttelette de pus, puis il reste *une ulcération superficielle* du derme après la chute du couvercle épidermique ; ce derme est rouge mais non décapillé. *La surface d'élimination est beaucoup plus étendue que ne le feraient supposer les dimensions apparentes de la phlyctène.* La cicatrisation se fait rapidement et l'épiderme se répare sans cicatrice.

Cet élément, qu'au premier abord, on pourrait prendre pour une lésion d'infection banale ne reste pas longtemps isolé : d'autres se développent à son voisinage et le malade

voyant que la lésion progresse ainsi, vient consulter à l'hôpital Saint-Louis.

On lui conseille des applications de teinture d'iode, mais ce médicament ne peut arrêter la marche envahissante de la dermatose. Les régions voisines deviennent à leur tour plus ou moins érythémateuses, et sont parsemées de points purulents.

Les éléments ne tardent pas à confluer et forment une sorte de cercle blanchâtre bien ordonné que le médecin croit être de la tricophytie.

A ce moment, les lésions s'étendent non seulement en surface, mais aussi en profondeur. Elles ne sont plus limitées aux couches superficielles de l'épiderme ; le maximum du processus évolue *sous la couche cornée* et par suite devient peu visible à l'extérieur.

Avec le temps l'affection progresse, et tout en suivant une marche *capricieuse*, présente divers points d'inoculation qui ne paraissent pas être en connexion avec un territoire nerveux.

A côté de la localisation primitive, une seconde apparaît au niveau du talon ; elle va à son tour servir de centre de rayonnement d'où la dermatose se propagera à la fois vers la plante et vers le bord externe du pied. Plus tard encore des phlyctènes purulentes se développeront sur les orteils et au pourtour des ongles : *mais jamais l'affection ne dépassera le pied.*

Quant aux mains, elles demeurent et demeureront indemnes.

A cette phase de la maladie, c'est-à-dire plusieurs mois après son début, ceux qui ont pu examiner le malade, car il

se borne à venir de temps en temps à la consultation et se soigne ensuite chez lui, ont constaté deux aspects différents des lésions. Cette variété provient de ce qu'il y a en certains points, infection secondaire surajoutée par les microbes de la suppuration, **hôtes normaux des téguments**.

On a donc des zones où prédominent des placards érythémateux, portant çà et là un semis de granulations purulentes, et des zones qui, à première vue, paraissent indemnes : mais en y regardant de près on observe *une pâleur* plus marquée de la peau : à ce niveau l'épaisseur de l'épiderme a empêché toute inoculation secondaire et la lésion évoluant uniquement vers la profondeur a gardé son aspect spécial.

Rien n'est plus variable que l'étendue des zones malades extérieurement, zones d'ailleurs mal limitées et pouvant se continuer sans ligne de démarcation nette avec les parties blanchâtres que nous venons de mentionner.

Et ce qu'il importe de faire remarquer, ce n'est pas tant l'étendue des lésions que la diversité de leur aspect à un même moment : certains placards pâlisent en quelques jours et guérissent, pendant que les parties voisines se prennent à leur tour ; et cette *évolution incessante* du processus, cette coexistence de points guéris et de points nouvellement frappés, se fait par *de véritables poussées*. Elle est très spéciale et donne à cette maladie un cachet tout particulier.

Quant aux régions en apparence saines, elles sont, elles aussi, profondément infectées. Lorsque l'attention du clinicien est mise en éveil par les quelques phénomènes subjectifs nettement limités dont se plaint le malade, il constate des plaques blanchâtres ou jaunâtres d'aspect vaguement ova-

laire, dont les dimensions vont de la taille d'une lentille à celle d'un pois chiche.

Si on passe le doigt à ce niveau, on sent à peine une très légère saillie, tout à fait indolore d'ailleurs.

Cette partie blanchâtre traduit extérieurement l'existence d'une *phlyctène purulente*. Que l'on déchire en ce point le mince couvercle, les premières couches de l'épiderme s'enlèvent alors facilement et l'on fait sourdre une gouttelette de pus venant de la profondeur. La surface du derme est *exulcérée, rouge* et l'aréole inflammatoire que l'on observe *a une surface plus étendue que celle que paraissait indiquer extérieurement la phlyctène*.

Si au contraire on laisse la lésion évoluer, on constate qu'au bout de quelques jours, le pus qui ne trouve aucune issue et qui tend naturellement à se déverser au dehors, arrive à décoller les couches épidermiques superficielles quelque épaisses qu'elles soient, et il en résulte une desquamation tout à fait localisée, l'apparition au dehors de la gouttelette purulente et l'aréole mentionnée plus haut.

Les lésions progressent ainsi avec leurs caractères en dépit de tout traitement, gagnant successivement le talon, la plante, le bord externe du pied.

A diverses reprises il se produit aussi des éléments identiques sur les orteils et jusqu'aux pourtours des ongles.

Sept à huit mois après le début de l'affection, la dermatose gagne le pied gauche et se développe de façon similaire, avec cette différence toutefois, qu'elle est loin d'y acquérir la même intensité et la même étendue.

Les mains et les doigts continuent à être respectés

La maladie durait depuis plusieurs mois déjà, lorsque le

malade, devant le caractère de persistance opiniâtre de l'affection et l'impossibilité absolue d'obtenir non pas une sensible amélioration mais tout au moins un arrêt du processus, se décide à entrer à l'hôpital.

Il entre dans le service de notre maître, M. le Dr de Beurmann, et c'est alors qu'il nous est donné de l'examiner.

Non seulement la lésion locale a été étudiée en détail, mais encore les divers appareils ont été passés successivement en revue.

Au point de vue des *fonctions digestives*, il n'y a rien de spécial à noter, tout est normal : pas de pituite : l'appétit n'a jamais fait défaut.

Le malade n'accuse ni pesanteur, ni acidité, ni phénomènes de constipation ou de diarrhée. Le foie est pourtant un peu plus gros que normalement, il dépasse d'un travers de doigt les fausses côtes. La rate n'est pas augmentée de volume.

L'*appareil respiratoire* est normal : il n'y a à signaler ni bronchite, ni manifestation pulmonaire ou pleurale.

L'*appareil circulatoire*, par contre, présente quelque tare : sans doute les bruits du cœur sont normaux, mais on constate au niveau du foyer aortique un peu de retentissement du second bruit.

Le poulx est dur et tendu, les artères tendues et en tuyau de pipe, la temporale est très saillante et flexueuse.

L'arc sénile est très développé des deux côtés (gérontoxone).

En somme, le malade est un artério-scléreux.

L'examen du sang ne révèle rien de particulier.

Au point de vue urinaire, tout se passe normalement. Les urines ne renferment ni sucre, ni albumine. Leur quantité,

leur aspect ne donnent lieu à aucune considération particulière ; l'élimination des divers produits est régulière.

Il n'y a pas de troubles des sphincters.

L'état général est excellent : le malade est apyrétique, il n'a ni insomnie, ni transpiration. Il n'a jamais de céphalée.

Le système nerveux a été étudié avec soin et dans ses diverses modalités. Les recherches ont porté surtout sur les membres inférieurs, car ils ne sont pas indemnes. Quant aux membres supérieurs ils sont absolument normaux et ne présentent pas le moindre trouble sensitif, moteur, réflexe, trophique, sudoral, etc.

La sensibilité a été recherchée sous toutes ses formes. Au point de vue de la *sensibilité subjective*, on n'observe rien de spécial bien que le malade de par son interrogatoire soit un éthylique notoire. Mais de même qu'il n'a ni zoopsie ni tremblement, il n'accuse non plus aucun phénomène hyperesthésique.

La sensibilité tactile est normale.

La sensibilité objective à la douleur ne présente dans son ensemble aucun trouble. Il n'y a ni zone anesthésique ni phénomènes dysesthésiques ou paresthésiques et pas de retard à la perception de la douleur.

Cependant, cette sensibilité objective n'est pas la même partout. Elle est un peu plus marquée à gauche, au niveau de tout le membre. A droite, du côté du traumatisme, elle est un peu moins vive. De plus, on constate une diminution assez marquée de la sensibilité sur toute la jambe ; par contre, le cou-de-pied est plus sensible.

La sensibilité objective à la température est de même normale dans son ensemble. On ne relève ni dissociation syrin-

gomyélique, ni retard dans la perception des sensations thermiques, ni perversion de ces sensations. Et ceci est constaté aussi bien pour le froid que pour le chaud.

La différence qui existait entre les deux membres au point de vue de la sensibilité à la douleur est, en ce qui concerne la sensibilité à la température, des plus minimes : on peut tout au plus noter une légère augmentation de la sensibilité au profit du membre inférieur gauche.

Enfin il n'y a pas de troubles de la sensibilité profonde, pas de perte de la notion de position des membres.

L'étude des *réflexes* ne révèle aucun trouble : les réflexes patellaires sont égaux des deux côtés ; ils sont plutôt également atténués.

Les *troubles moteurs* n'existent pas : le malade n'a ni paralysie, ni parésie, il marche tout à fait normalement.

Il n'en est pas de même, en ce qui concerne les *troubles trophiques*.

Le membre inférieur gauche est normal et le pied gauche ne présente aucune malformation, aucun stigmat.

A droite au contraire les lésions sont des plus nettes, et l'on peut voir des malformations, reliquats de l'accident déjà décrit. Le genou droit est à peu près normal quoique un peu globuleux.

Au niveau de la région antérieure et moyenne de la jambe droite, on peut voir une cicatrice d'un à deux centimètres de long sur un demi-centimètre de large : c'est en ce point paraît-il qu'a porté le traumatisme ancien et c'est à ce niveau aussi qu'a persisté longtemps la fistule donnant issue à du pus et à des séquestres osseux.

Toute la jambe droite est diminuée de volume : le pan-

nicule adipeux a presque complètement disparu. La peau très amincie est directement appliquée sur l'os et y adhère fortement ; elle présente un aspect sclérodermique très marqué, les poils manquent ; la peau est lisse, luisante, érythémateuse, chaude, réalisant à un degré léger le trouble connu sous le nom de glossy skin.

Malgré tous ces sequelles dépendant de troubles importants de la circulation, il n'y a pas de raccourcissement du membre.

Le pied droit est en valgus et affecte de plus un équinisme léger.

Au niveau du cou-de-pied, on constate une arthrite chronique se traduisant par une augmentation de volume assez marquée et une ankylose absolue de l'articulation.

Les orteils droits sont eux aussi altérés : le deuxième orteil est en marteau.

Il y a des troubles unguéaux, troubles qui prédominent sur les deux premiers orteils et qui vont ensuite en décroissant.

Ces lésions consistent en un épaissement de l'ongle surtout au niveau du gros orteil ; là une infiltration assez marquée donne lieu à un véritable bourgeonnement de substance cornée amorphe.

Mais les ongles ne sont nullement décollés et ne tombent pas.

Les *troubles sudoraux* ont déjà été signalés : il y a eu d'abord de l'hyperhydrose puis de l'anhydrose ; jamais on n'a constaté de la bromhydrose.

Tels sont les signes pour la plupart négatifs que nous

révèle l'examen complet du malade. Voici au point de vue des manifestations cutanées ce que nous voyons :

Les deux pieds sont atteints, *mais les lésions ne paraissent pas être en rapport avec un trajet nerveux* ; elles prédominent nettement à droite et pendant toute la durée de l'affection elles y resteront à la fois plus étendues et plus profondes.

À côté des régions malades existent d'autres saines, et ainsi que nous l'avons déjà fait remarquer en décrivant l'histoire de la maladie, les éléments éruptifs : *phlyctènes purulentes*, n'affectent aucune disposition régulière ; ils se développent çà et là, au hasard, n'obéissant à aucune règle, et l'on ne saurait détailler la diversité des points touchés.

Il y a cependant certains territoires touchés avec prédilection et qui paraissent être le *primum movens* des manifestations cutanées : c'est au niveau des bords du pied, du talon, de la plante.

Les caractères des phénomènes morbides ont déjà été étudiés longuement et nous ne saurions y insister sans tomber dans des redites.

Comme nous l'avons signalé plus haut, la dermatose présente actuellement à la fois des zones érythémateuses infectées secondairement par les microbes ordinaires de la suppuration et des zones opalines avec réaction minime tout autour, mais où les phlyctèmes purulentes se développent activement sous la couche cornée et gagnent les premières assises du derme. Ce dernier, après élimination des couches épidermiques et issue de la gouttelette purulente est mis à nu : il présente une surface exulcérée dont les dimensions arron-

dies dépassent de beaucoup les dimensions ordinaires de la phlyctène et dont la cicatrisation se fait rapidement.

En septembre 1916, le malade nous apparaît portant le maximum de lésions. On constate en effet au niveau des plantes des pieds, comme un conglomérat de ces phlyctènes purulentes, si bien que lorsqu'on a abrasé l'épiderme, on tombe sur une masse spongieuse (aspect dû à la suppuration des éléments intra-épidermiques) et l'on dirait avoir affaire à une *semelle de pus*.

Au niveau du talon et des bords des pieds la suppuration est aussi très abondante ; mais comme la peau y est très mince, les manifestations extérieures sont plus apparentes.

Quant aux mains et aux doigts ils demeurent absolument indemnes.

A son entrée dans le service, le malade offre à considérer des signes d'infection secondaire si marqués, que l'on ne peut se rendre un compte exact de la nature de la dermatose. Aussi commence-t-on par désinfecter les membres.

On fait pendant plusieurs jours des pansements humides quotidiens, et pour activer l'antisepsie de la région, on touche les éléments purulents tantôt avec une solution de *nitrate d'argent* au dixième, tantôt avec du *chlorure de zinc*.

Sous l'effet de cette thérapeutique énergique, les phénomènes surajoutés d'infection s'amendent peu à peu, mais la lésion fondamentale continue à évoluer, gagnant de nouveaux points, tandis que les anciens sèchent et se cicatrisent ; le pied commence à se déterger.

On fait alors des pansements à *l'eau d'Alibour*.

En somme, on traite tout d'abord la dermatose avec les

antiseptiques habituels, et cela pendant plusieurs semaines; mais l'on constate au bout de quelque temps que l'on ne peut arrêter la marche envahissante du processus.

A ce moment, la résistance aux soins, l'aspect macroscopique de l'affection amènent M. le Dr de Beurmann à envisager l'hypothèse de trichophytie. Il présente le malade au Dr Sabouraud qui, lui aussi d'après les signes objectifs, pense au diagnostic de teigne,

Le malade est alors conduit au laboratoire du Dr Sabouraud où l'on fait un ensemencement du pus sur gélose glucosée et sur gélose maltosée; en même temps, on prélève un petit lambeau d'épiderme d'une phlyctène qu'on traite par la potasse et dont on fait un examen extemporané. Cet examen, pratiqué suivant la méthode habituelle, ne révèle aucun champignon; il n'y a ni filaments mycéliens, ni spores.

Le diagnostic de trichophytie doit donc être mis en doute; cependant, pour avoir une certitude il faut attendre les résultats de la culture.

Pendant les dix à quinze jours qui s'écoulent, et comme les antiseptiques habituels n'ont rien donné, on essaie le traitement des teignes: c'est-à-dire l'alcool iodé.

Cette nouvelle thérapeutique n'est pas plus efficace que la précédente, et l'on s'aperçoit au bout d'un certain temps, que les lésions, sans aucune régression, évoluent comme avant: on a beau abraser largement les couches superficielles de l'épiderme afin de permettre à l'alcool iodé d'agir au contact même des foyers purulents, tout échoue. Et la culture demeure négative.

On fait au bout d'un mois et demi plus tard une nouvelle

culture et une biopsie : les renseignements fournis sont identiques aux premiers. Il est donc bien certain que l'on n'a affaire ni à une trichophytie, ni à une mycose quelconque.

On cherche alors d'un autre côté et l'on fait un séro-diagnostic, au cas d'une syphilis improbable : comme on s'y attendait, on obtient une réaction négative, qui s'exprime à l'échelle colorimétrique de Vernes par les résultats suivants :

7 au foie d'héréd.

9 au Desmoulière.

On fait aussi une autre recherche : on prélève aseptiquement un peu de pus, contenu dans une phlyctène, on en fait un frottis que l'on colore au bleu de méthylène.

Le microscope ne décèle aucun agent pathogène, on voit seulement les éléments usuels qui existent dans toute suppuration banale : quelques leucocytes plus ou moins déformés, des débris épithéliaux, çà et là quelques amas inominés.

La lésion est alors considérée comme un eczéma, mais un eczéma particulier que le Dr Sabouraud a décrit aux extrémités sous le nom d'eczéma à placards trichophytoïques (1). Cette variété d'eczéma est extrêmement rebelle, et est attaquée seulement par les réducteurs énergiques : *acide pyrogallique* et surtout *acide chrysophanique* de un vingtième à un dixième. Sous l'effet de ces agents l'amélioration est d'ordinaire rapide.

M. le Dr de Beurmann traite donc le malade de cette façon ; mais il constate bientôt que les résultats obtenus

1. Sabouraud, *Dermatologie topographique régionale*.

sont tout à fait différents du but proposé. Par suite de l'irritation du médicament, les lésions se remettent à progresser rapidement ; en même temps, il se fait des infections secondaires surajoutées si intenses, qu'il faut pendant plusieurs jours supprimer toute substance active et recourir uniquement *aux pansements humides*.

Quand l'inflammation s'est un peu apaisée, on essaie les pommales : *pâte de zinc* d'abord, puis *pâte de zinc à l'ichtyol*, enfin *pâte à l'ichtyol*. Mais aucune de ces substances n'arrête la marche envahissante et en même temps toujours capricieuse de la dermatose : il fallait bien se rendre à l'évidence, on n'a pas affaire à un *eczéma*.

Dès lors on marche un peu au hasard et on tente, sans système et successivement divers médicaments dont on contrôle les résultats.

On panse tout d'abord à *l'eau oxygénée*, et pendant plusieurs semaines, on observe une réelle amélioration. Peut-être, il est vrai, se trouve-t-on simplement à une période d'arrêt de l'affection, celle-ci se faisant par poussées intermittentes, sans aucune règle.

Quoiqu'il en soit, les nouvelles phlyctènes purulentes sont beaucoup plus rares et clairsemées. On croyait déjà avoir trouvé le remède spécifique lorsqu'au bout d'un mois et demi, deux mois environ, l'affection repart comme avant. Les poussées phlycténulaires se font aussi fréquentes qu'autrefois ; les zones malades se multiplient la « semelle de pus » commence à se reconstituer.

On cesse alors l'eau oxygénée et pendant quelque temps, on s'adresse uniquement aux pansements humides, puis on emploie le *Néol*.

Avec le Néol, on obtient les mêmes résultats que précédemment avec l'eau oxygénée : période d'amélioration manifeste, puis arrêt et de nouveau reprise de l'éruption.

On essaie alors le *permanganate de potasse*, bains de pied au permanganate et pansements avec la même solution : bien entendu on n'a recours qu'à des solutions très étendues, très faibles.

Ici encore les mêmes phénomènes se reproduisent dans leur même cycle d'évolution. Cependant, le permanganate paraît agir plus efficacement et il semble de plus que son action est plus prolongée et plus continue.

Mais il ne faudrait pas trop compter sur cet effet heureux : il se peut (et il est probable qu'il en est ainsi) que si l'action du permanganate se montre plus active, eu égard aux autres antiseptiques, c'est que, avec le temps, la dermatose tend à s'atténuer peu à peu et que par suite, ce que l'on constate ce n'est point l'effet du médicament mais bien la virulence moindre du germe morbide.

Et cette conclusion paraît la vraie, car, si nous continuons à suivre l'évolution de la dermatose nous constatons qu'au bout de plusieurs mois de pansements au permanganate, l'effet de l'antiseptique à la longue devient moins net. Malgré les pansements répétés de nouvelles pustules se forment et évoluent comme précédemment.

Le malade est déjà dans le service depuis sept mois, il se trouve pour l'instant en bonne voie de guérison. Ce n'est plus que de loin en loin et isolément que se produisent les éléments éruptifs.

Actuellement, on a cessé les pansements au permanganate et l'on utilise le *baume Baissade*. Les effets sont encore

satisfaisants, mais l'usage du baume Baissade n'empêche pas non plus l'éclosion de quelques nouvelles phlyctènes.

Tout dernièrement on s'est trouvé en présence d'une complication.

Après deux à trois jours de malaise, le malade a fait 40 degrés de température et a présenté une lymphangite bilatérale, lymphangite toujours plus intense à droite. Cette inflammation n'a pas dépassé le genou, et n'a occasionné qu'à droite une légère adénopathie inguinale vite résorbée.

Traitée par les pansements humides à l'eau faiblement ichtyolée cette lymphangite a duré plusieurs jours; elle s'est accompagnée de phénomènes fébriles, en même temps que de nouvelles phlyctènes purulentes sont apparues.

En fait, on peut dire qu'il n'y a pas de traitement actif de cette dermatose; les divers topiques cutanés, employés au fur et à mesure, ont pour la plupart donné chacun de bons résultats, tout au moins au début.

Cependant il semble bien que ce qui a été le plus efficace, ce sont les antiseptiques, et les antiseptiques faibles (eau oxygénée, Néol, permanganate de potasse).

Cette thérapeutique si variée, ainsi que la marche spéciale de l'affection, jointe aux éléments éruptifs toujours les mêmes nous ont permis d'établir à la longue le diagnostic réel chez notre malade.

La *sypilis* a été vite éliminée, et le séro-diagnostic n'a fait que confirmer l'impression de la clinique.

Le laboratoire a été également des plus utiles pour montrer qu'on n'avait affaire ni à une *trichophytie*, ni à une *mycose* quelconque, ce qui aurait pu se faire étant donnés les caractères objectifs de la lésion.

Les résultats fournis par la thérapeutique nous ont permis également d'éliminer *l'eczéma à placards trichophytoïques* ; l'eczéma simple n'ayant jamais été mis en cause.

Et l'on s'est finalement rendu compte que l'on se trouvait en présence d'un cas un peu spécial de cette dermatose rare, dénommée par Audry : *Phlycténose récidivante des extrémités*.

Qu'est ce donc que la phlycténose récidivante ? Comment et quand est-elle apparue dans la littérature médicale ?

Historique

En 1890, Hallopeau décrivait dans *les Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie* une complication curieuse survenue au cours d'une acroasphyxie, complication consistant en poussées successives généralisées de dermatides suppurées et disséminées sur une grande partie du corps, comme il y avait prédominance de lésion au niveau des doigts il l'appela tout d'abord *polydactilite suppurée*. Quoique cette affection eût un caractère particulier de répétition et de ténacité, elle n'éveilla point cependant dans l'esprit du dermatologiste français, l'idée d'une affection spéciale.

Ce fut en 1892 (1) seulement qu'un second cas

1. Hallopeau, *Annales de Derm. et de Syphiligr.*, 1892

des plus nets, survenu chez un syphilitique en période d'accidents, vint attirer l'attention de Hallopeau par la nouveauté de la lésion au cours de la syphilis. Il reconnut dans cette dermatose un caractère idiopathique ; le traitement spécifique fut institué énergiquement, et quelque temps après, les accidents syphilitiques disparus, l'affection surajoutée se trouvait réduite à l'état pur : Hallopeau venait de découvrir une nouvelle entité morbide bien différenciée à laquelle il donnait le nom *d'acrodermatite suppurative continue*.

En 1897, Audry (1) communiqua un cas identique chez un homme de vingt-cinq ans qui ne présentait aucune autre maladie concomitante, et, en étudiant de plus près les symptômes, les lésions et leur évolution, il proposa de donner à cette affection le nom plus précis de *Phlycténose récidivante des extrémités*.

La même année Frèche (2), fait connaître un cas nouveau, remarquable par sa marche particulièrement grave et son issue fatale, cas, dont Hallopeau eut à faire plus tard l'autopsie.

La même année encore, deux nouvelles observations sont brièvement rapportées par Hallopeau et une troisième par Audry. Ce dernier colligea près de dix cas parus jusqu'à ce jour et s'inspirant de toutes ces publications, il fit de cette dermatose une étude synthétique parue dans *les Annales de Dermatologie*

1. Audry, *Annales de Derm. et de Syphiligr.*, 1901, p. 903.

2. Frèches, *Annales de Derm. et de Syphiligr.*, 1898, p. 223.

et de *Syphiligraphie* ; il distingua les observations en trois formes selon l'intensité des lésions : *fruste*, *moyenne* et *grave*.

Depuis vinrent s'ajouter quelques cas ; notamment ceux de Bodin (1) et de Carle (2) ; si bien qu'à l'heure actuelle on en connaît une vingtaine au plus.

Il importe de faire remarquer que la phlycténose récidivante décrite pour la première fois en France, a été surtout étudiée par des auteurs français. On peut néanmoins signaler quelques observations publiées par des auteurs étrangers : espagnols, anglais et surtout américains (Voir bibliographie).

Quant aux Allemands et aux Viennois, ils paraissent ignorer à peu près cette dermatose : leurs cas d'acrodermatite portent en effet sur une affection totalement différente de l'acrodermatite de Hallopeau ; il s'agit, non plus de *l'acrodermatitis perstans* ou *suppurative* ou *postuleuse* (dénominations diverses d'une même maladie), mais de *l'acrodermatite atrophicans* qui rentre dans le groupe si complexe et si mal connu encore des atrophies cutanées.

Définition

La phlycténose récidivante des extrémités est une affection caractérisée par la *production incessante et indéfinie de phlyctènes* purulentes, petites vésico-

1. Bodin, *Annales de Derm. et de Syphiligr.*, 1903, p. 691.

2. Carle, *Annales de Derm. et de Syphiligr.*, 1902, p. 130.

pustules blanchâtres qui se développent sous la couche cornée de l'épiderme ou *entre l'épiderme et le derme*.

Le début se fait au niveau des extrémités digitales, plus rarement sur les orteils ; plus tard, l'affection peut s'étendre sur la paume de la main ou sur la plante du pied et même, exceptionnellement sur tout le corps.

Elle évolue par poussées successives et indéfinies. Ces phlyctènes arrondies se terminent par la chute de leur couvercle épidermique, mettant à nu le derme qui se trouve érodé et suintant mais jamais ulcéré. La succession de ces phénomènes contraste cependant avec un état général parfait.

Étiologie

La phlycténose récidivante des extrémités est une maladie très rare qui atteint de préférence l'âge adulte entre vingt et cinquante ans ; elle apparaît aussi bien chez l'homme que chez la femme quoique chez cette dernière, elle semble être influencée par les périodes menstruelles et la grossesse. En effet, c'est très souvent à l'occasion des règles (normales ou pathologiques) que l'affection se montre, et si elle existait déjà, fait preuve d'une intensité plus grande. De même la grossesse joue un rôle favorable à l'évolution du processus.

Elle s'installe aussi plus volontiers chez les gens

de la classe ouvrière qui font un travail manuel fatigant.

Le début se fait *sur les extrémités*, notamment sur les extrémités digitales. Il est de règle que la dermatose se manifeste, ou tout au moins débute sur les extrémités supérieures : tous les cas décrits par les auteurs français jusqu'à l'apparition de ce travail ont trait à des malades présentant uniquement des lésions des membres supérieurs à l'exception du cas de Frèche-Hallopeau qui nous offre à considérer au cours de la généralisation une extension, minime d'ailleurs, sur deux orteils. Notre cas, si l'on excepte une observation anglaise (1) est le seul où *les membres inférieurs sont intéressés*; bien plus, et ceci lui donne un aspect tout à fait particulier, *l'affection se localise uniquement aux pieds laissant les mains et les doigts absolument indemnes de toute manifestation morbide*.

Quoiqu'il en soit, le siège initial se fait toujours dans la région périunguéale : au niveau du pouce ou de l'index habituellement ; sur le gros orteil dans notre observation - de là, la maladie peut gagner la paume de la main ou la plante du pied.

Le début, classique chez notre malade, se fait d'ordinaire spontanément et sans cause connue. Parfois cependant on peut noter divers traumatismes, tels que, piqûres septiques, écrasement de la main que l'on pourrait à la rigueur invoquer comme causes occasionnelles. D'autres fois, la lésion débute sur

1. Case of persistent eruption of the hands and feet. Proceedings of the Royal Society of Medicine of London, 1909.

des membres déjà atteints de divers troubles tropho-névrotiques tels que acroasphyxie (cas de Hallopeau), gelure des pieds (cas inédit de Perrin de Marseille), névrite (cas de Frèche), etc. On peut voir encore la phlycténose évoluer chez des individus qui avaient eu de l'eczéma, du psoriasis et d'autres dermatoses.

Symptômes

Forme légère. — Que l'on ait affaire à une forme légère, moyenne ou grave, le début, ainsi que nous venons de le voir, se fait à la région périunguéal.

La marche de la dermatose variera suivant l'intensité des lésions, suivant leur siège.

Prenons tout d'abord les cas habituels, ceux dans lesquels la phlyctène frappe les extrémités supérieures. Ainsi que l'étiologie l'a montré, c'est le *pouce* ou encore l'*index* qui est le plus souvent le premier atteint, et qu'il s'agisse du premier ou du second doigt, l'origine naît toujours au niveau de leur *sertissure unguéale*.

Le malade éprouve en ce point des picotements insolites, du prurit, de vagues douleurs qui peuvent d'ailleurs (rien n'est plus variable) s'irradier dans tout le membre; quelquefois aussi une sensation de chaleur ou de cuisson.

S'il examine la région où se manifestent ces phénomènes subjectifs, il constate la présence d'un soulèvement épidermique siégeant sur la phalange, près

de l'ongle et ayant des dimensions qui vont du volume d'une tête d'épingle, à celui d'une grosse lentille. On croirait avoir affaire à une vulgaire *tourniole* ; on peut d'ailleurs s'y méprendre aisément : c'est la même localisation, la même couleur opaline, le même soulèvement épidermique par un liquide blanchâtre.

Cependant, même au début, on peut noter déjà certaines différences : l'élément éruptif ne fait *aucune saillie appréciable*, pas plus à la vue qu'au toucher ; il est comme enchâssé dans le derme et n'offre à considérer ni élévation ni bourrelet.

Cet élément d'ailleurs, n'est pas à proprement parler une vésicule c'est une *phlyctène* transparente au début, plus ou moins arrondie et présentant à sa circonférence un *liséré érythémateux* dont la largeur ne dépasse pas 2 millimètres.

Si on la laisse évoluer, elle s'ouvrira spontanément au bout d'un temps plus ou moins long, donnant issue à un liquide fluide et clair quand la lésion est jeune, purulent si elle est ancienne.

Son contenu étant ainsi évacué, soit de lui-même, soit artificiellement par le malade à la suite d'un prurit intense ou par le médecin dans un but thérapeutique, l'élément s'affaisse, se flétrit et desquame, laissant à vif un derme rouge, mais non ulcéré. Il importe de faire remarquer que la lésion dermique présente une surface toujours supérieure à celle que pouvait faire penser le volume de la phlyctène. La présence simultanée ou successive

de plusieurs petits foyers purulents, évoluant suivant un temps variable par poussées mais surtout cantonnés aux mêmes doigts constitue la première forme d'Audry, *forme légère, fruste*.

Quoique bénigne, cette forme de la phlycténose n'en est pas moins caractéristique, et lorsque, ainsi, que nous allons le voir, la lésion gagnera de proche en proche, l'extension du processus se fera par éléments identiques quant à leur nature et à leur évolution.

Forme moyenne. — La *forme moyenne* reste elle aussi confinée aux extrémités mais elle se manifeste par des lésions plus étendues et plus profondes.

Au début, cette forme moyenne (que l'on rencontre d'ailleurs le plus souvent) se comporte comme la forme légère : il n'y a pas plus d'éléments, et les phénomènes subjectifs ne sont pas plus marqués : ils peuvent même dans certains cas manquer presque totalement ou être réduits à leur minimum.

A la période d'état, d'autres foyers apparaissent : ils se montrent disséminés d'abord sur les doigts voisins puis sur les doigts de l'autre main. Enfin, les foyers s'étendent jusqu'à la main gagnant la paume et aussi, quoique plus rarement, la région dorsale.

Rien n'est plus variable que le nombre des éléments éruptifs : ils peuvent parfois présenter une telle confluence, que les étroites bandes de peau saine cèdent devant l'intensité du processus ; elles disparaissent petit à petit devant l'extension de la dermatose, laissant les phlyctènes se confondre et

former ainsi de larges ilots de décollement qui peuvent embrasser tout un doigt et même la presque totalité de la paume ; on a vraiment affaire à un *lac de pus*.

Cependant la gravité de l'affection n'est qu'apparente, et c'est d'ordinaire assez rapidement que la cicatrisation dermique s'effectue.

Cela ne veut d'ailleurs pas dire que la guérison est là ; la phlycténose est essentiellement récidivante et tôt ou tard il se fera de nouvelles éruptions qui évolueront de la même façon.

Malgré l'importance des caractères objectifs, les signes subjectifs restent souvent des plus minimes et peuvent même manquer totalement ; dans d'autres cas, il est vrai, ils peuvent acquérir de grandes proportions et se montrer même parfois sous forme de crises aiguës. Quant à l'état général, il est remarquable de constater son intégrité absolue.

Les divers appareils, soumis à l'examen le plus attentif, ne témoignent d'aucune manifestation morbide.

Elle est des plus capricieuses, la marche de cette dermatose ; sa durée peut-on dire est illimitée, mais elle laisse par contre au malade des périodes de rémission presque absolue qui se prolongent plus ou moins longtemps.

Le pronostic est encore bénin dans cette forme, bien que l'on se trouve parfois en face de diverses complications ; mais celles-ci étant aussi également localisées.

Lorsque la lésion est très prononcée et voisinant un ongle, celui-ci peut se détacher et tomber : il n'est pas en outre bien exceptionnel de voir la matrice atteinte elle-même ; il en résulte une mutilation irrémédiable ; et comme pour l'instant nous envisageons les extrémités supérieures, il se peut que les troubles trophiques consécutifs à l'infection gênent les malades dans leur occupation, surtout s'ils se livrent à un travail manuel de précision.

Cette forme moyenne peut également se voir aux extrémités inférieures. Dans notre observation la phlycténose porte sur les pieds et uniquement sur eux, mais chez notre malade, du moins jusqu'à présent, nous n'avons relevé aucun de ces troubles unguéaux.

La symptomatologie dans ce mode de localisation serait à peu près la même que précédemment ; en fait elle n'existe pas, puisque jusqu'à aujourd'hui aucun cas n'a été décrit au niveau des membres inférieurs : notre travail qui est le premier en ce genre peut donc servir de schéma pour une description ultérieure ; mais nous ne reviendrons pas sur les divers caractères que nous avons analysés longuement plus haut ; il n'y a qu'à s'y rapporter.

Forme grave. — A côté de ces deux formes habituelles, il existe une *forme grave* qui est tout à fait exceptionnelle. Elle comprend le cas unique de Frèche-Hallopeau, si bien que certains auteurs y ont voulu voir une affection différente ; mais, à tort, puisqu'on peut ici encore constater les lésions élé-

mentaires typiques de la phlycténose récidivante.

La forme grave commence aussi comme une forme légère, et pendant plusieurs années elle peut ne présenter aucun caractère spécial de malignité : il y a localisation au niveau des extrémités supérieures et tout au plus pourrait-on dire que les lésions se montrent plus intenses et plus tenaces.

Puis, un jour, subrepticement, sans raison, il se produit une *extension progressive du processus* ; les autres segments du membre sont atteints puis le tronc et la face. On constate aussi des manifestations morbides au niveau des membres inférieurs et de leurs extrémités, mais contrairement à ce que l'on pourrait croire, les pieds sont fort peu touchés : dans le cas de Frèche-Hallopeau, on ne relève que quelques foyers purulents minimes sur deux orteils.

La progression des phlyctènes se fait par des *placards éruptifs étendus* ; ces placards, de dimensions et de formes variables, se montrent sans distribution régulière et sont constitués par une confluence de phlyctènes purulentes en nappes.

On en voit sur les membres, l'abdomen, le scrotum, les cuisses. La face même n'est pas indemne et la langue à son tour est atteinte. Entre temps la fièvre s'allume, le malade a une température qui dépasse 40 degrés ; des frissons surviennent, on constate un état saburral de l'appareil digestif, enfin un *état général des plus précaires* ayant toutes les apparences d'une *septicémie*.

Localement, les lésions trophiques des doigts sont

des plus marquées : les ongles disparaissent ou sont réduits à des masses cornées amorphes ; il y a sécheresse de la peau suivie d'atrophie et de rétraction tendineuse.

La mort ne tarde pas à survenir dans la cachexie et le marasme.

Anatomie et Histologie pathologiques

Dans la phlyctène, lésion élémentaire de la maladie, on distingue un recouvrement épidermique qui se dessèche et tombe, laissant un derme sain ; le liquide est aseptique ; en culture sur gélose il ne donne rien ; parfois il se développe du staphylocoque blanc.

Dans le cas mortel de Frèche-Hallopeau l'examen histologique fait sur le nerf cubital du membre atteint, a montré vingt-quatre heures après la mort du malade, quelques tubes moniliformes. Un nerf collatéral de l'orteil a présenté une fragmentation de la myéline ; la gaine de Schwann est vidée de sa myéline.

En ce qui concerne la peau, on constate :

1° Au niveau du tronc, la disparition de la couche cornée, l'amincissement notable du corps muqueux, la disparition à peu près totale des papilles, une grande infiltration, embryonnaire dans la zone sous-épithéliale et autour des glandes.

Le derme reste peu atteint.

Les amas de cellules rondes intra-dermiques sont

formés surtout de cellules conjonctives, de lymphocytes et de quelques polynucléaires ;

2° Au niveau du dos de la main : la *couche cornée a disparu* sauf en quelques points, le corps muqueux est très aminci, envoyant des prolongements nombreux dans le derme ; il y a de plus une infiltration embryonnaire avec texture réticulée du derme et dilatation des capillaires sanguins ; on observe aussi de l'œdème dans le tissu conjonctif sous-jacent.

Le foie présente une dégénérence graisseuse complète.

Les reins montrent la disparition de la plupart des cellules des anses de Henle ; mais les tubuli sont à peu près sains ; il n'y a point de sclérose.

Diagnostic

D'après ce qui précède, le diagnostic de la phlycténose récidivante paraît des plus faciles, cependant il n'en est nullement ainsi et des erreurs peuvent être commises surtout au début.

Nous avons déjà signalé, que les phlyctènes à leur origine peuvent être prises pour une *tourmoille* ; mais l'évolution de cette dernière est rapide, et elle ne présente jamais l'extension progressive et la multiplicité d'éléments de la phlycténose récidivante.

Lorsque la phlyctène est à une certaine distance de l'ongle, c'est avec la simple *folliculite* qu'il ne faut pas la confondre, mais l'erreur ne sera pas de longue durée.

Plus tard, les caractères distinctifs de la phlycténose récidivante permettront à peine de poser un diagnostic différentiel, tout au moins en ce qui concerne les extrémités supérieures.

On éliminera aisément la *dyshydrose* qui a pour elle sa disposition irrégulière, son apparition presque exclusivement en été et l'aspect si particulier de ses éléments, simulant les grains de sagou, en plus, elle n'a jamais de pus.

Les bulles de la *dermatite polymorphe douloureuse* ont pour elles leur caractère de véritables bulles, leurs sièges variables, leur dissémination et la concomitance de phénomènes généraux presque toujours retentissants; enfin on y trouve des lésions polymorphes urticariennes et papuleuses.

La *dermatite herpétiforme de Duhring* qui d'après M. Brocq, est une variété de la dermatite polymorphe douloureuse diffère de la phlycténose récidivante par ses bulles dures sans aréoles, par son prurit violent; et dans le sang on peut compter 10 o/o d'éosinophiles.

On ne citera encore que pour mémoire l'*impétigo herpétiforme* qui d'ailleurs, paraît devoir être rattaché à la dermatite polymorphe douloureuse, et la *maladie de Morvan* remarquable par ses mutilations profondes.

La phlycténose récidivante diffère encore de la *maladie de Raynaud* par l'absence des signes asphyxiques, l'aspect, la marche des éléments éruptifs, enfin l'absence de troubles nerveux concomitants.

Le diagnostic de la phlycténose récidivante quand elle porte sur les pieds est beaucoup plus délicat. Nous avons montré en ce qui concerne notre malade, dont l'observation est d'ailleurs unique, que ce n'est qu'à la longue seulement et par éliminations successives que le diagnostic de phlycténose récidivante a pu être posé.

Il a fallu rejeter les hypothèses de *prodermite* banale infectée secondairement à cause de sa guérison rapide habituelle, de *trichophytie* ou d'une autre *mycose*, enfin d'*eczéma à placards trichophytoïques*.

Pathogénie

La pathogénie de la phlycténose récidivante n'est pas encore élucidée. Plusieurs facteurs ont été successivement proposés, et il convient de les discuter, de juger autant que possible de leur importance réelle, car il se pourrait que chacune intervienne pour une part dans la genèse de cette maladie.

Nous nous trouvons tout d'abord en présence du rôle de l'infection sur lequel Hallopeau a beaucoup insisté ; puis de la théorie tropho-névrotique de E. Vidal.

Charles Audry défend la névrite avec des hypothèses vraiment séduisantes.

Enfin plus récemment Carle et les Lyonnais Nicolas, Moutot ont voulu rattacher cette dermatose à la

dermatite polymorphe douloureuse, identifier les deux affections.

Passons donc en revue ces divers facteurs, et pour nous convaincre de leur valeur, basons-nous principalement sur le nouveau cas de phlycténose récidivante que nous venons de publier :

1^o *Théorie de l'infection.* — Il apparaît tout d'abord certain, que *l'infection* joue un rôle prépondérant dans la pathogénie de cette dermatose. Hallopeau s'en est parfaitement rendu compte et ce n'est pas sans raison qu'il voulait, avant de créer le terme d'acrodermatite continue, désigner ses premiers cas sous le nom de « polydactylites suppurées ».

Les agents microbiens interviennent de toute évidence, et il n'y a qu'à signaler l'action efficace des antiseptiques qui, sans guérir l'affection, amènent cependant une amélioration notable dans l'évolution des phlyctènes. D'ailleurs plus récemment, Brocq dit n'avoir vu que les formes frustes de la phlycténose récidivante et elles « lui ont semblé être constituées par une infection streptococcique et staphylococcique ».

Mais alors, une nouvelle question se pose : la phlycténose récidivante est-elle une affection spécifique ? autrement dit, dépend-elle d'un germe (nouveau ou non) toujours le même ?

Étant donnée la découverte récente de cette dermatose et les cas encore peu nombreux publiés jusqu'à présent, nous ne pouvons pas répondre de façon définitive.

A l'heure actuelle et réserves faites pour les

découvertes ultérieures, nous ne pouvons qu'établir les faits suivants :

La phlycténose récidivante ne semble pas être sous la dépendance d'un microbe nouveau : jamais jusqu'à présent, on n'a pu déceler dans le pus un germe inédit ; pour notre part également, malgré nos recherches réitérées nous n'en avons pas aperçu.

La phlycténose récidivante n'est pas davantage une affection à germe spécifique ; elle est produite par les agents ordinaires de la suppuration, *streptocoques* aussi bien que *staphylocoques*. Il faut reconnaître cependant qu'au cours de divers examens qui ont été pratiqués on a surtout trouvé le staphylocoque.

II. — *Théorie de la trophonévrose.* — La théorie trophonévrotique soutenue par Vidal, semble ne jouer qu'un rôle bien minime. Cela apparaît nettement dans notre cas. Le malade présente des troubles trophonévrotiques manifestes et cependant il demeure indemne pendant quarante ans. Il est vrai de dire que, lorsque l'affection est apparue, elle s'est montrée, tout d'abord exclusivement du côté lésé par un traumatisme antérieur et y a prédominé constamment durant toutes les poussées : toujours les lésions y ont été plus étendues, plus intenses, plus tenaces. Donc le facteur trophonévrose semble intervenir. D'autre part on a signalé des cas de phlycténose récidivante chez des soldats qui avaient eu leurs extrémités gelées.

En somme, à notre avis, la trophonévrose a sa part comme cause prédisposante.

Peut-être, mais c'est encore une simple hypothèse, a-t-elle un rôle beaucoup plus important que nous ne le pensons et est-ce à elle qu'il faut rattacher chez notre malade la localisation exclusive de la dermatose, au niveau des pieds, ce qui est tout à fait exceptionnel ?

L'influence de la *névrite périphérique* sur laquelle Audry insiste beaucoup, nous paraît des plus problématiques. Et la publication de notre cas n'est pas faite pour modifier notre opinion. Notre malade qui est un éthylique notoire, avait toutes les raisons de présenter une névrite ; et cependant, l'examen le plus minutieux est resté négatif. Il n'a pas de troubles sensitifs : les réflexes sont diminués, les troubles moteurs manquent ; sans doute on observe des troubles trophiques marqués, mais ils sont anciens et relèvent nettement du traumatisme et des phénomènes qui l'ont accompagné. De plus ils sont unilatéraux.

Sans doute il faut bien le reconnaître, la symétrie des lésions, la longue durée de l'affection malgré une thérapeutique active, l'impuissance à peu près complète d'obtenir un résultat durable par le traitement local sont en faveur d'une névrite ; ainsi que la lymphangite bilatérale et simultanée apparue comme complication.

Mais à côté de ces éléments qui peuvent y faire penser, que d'autres contradictoires ! — Par cela même que les lésions sont symétriques, il faudrait admettre l'existence non plus d'une névrite périphérique,

ce qui serait un hasard trop partial mais d'une névrite d'origine centrale, autrement dit d'une lésion médullaire.

Et l'on ne s'explique vraiment pas pourquoi cette lésion médullaire si lésion médullaire il y a, ne se manifeste par aucun symptôme; car les divers appareils du malade étudiés à fond se sont montrés à peu près normaux. On ne comprend pas non plus pourquoi les lésions restent cantonnées uniquement aux extrémités et ne gagnent pas tôt ou tard les autres segments du membre.

Charles Audry, pour établir l'hypothèse de névrite, s'est basé surtout sur le cas de Frèche-Hallopeau où il y avait eu marche ascendante des lésions et généralisation ultérieure. Nous convenons volontiers avec lui que, dans cette évolution du processus, l'infection n'intervient que secondairement. Mais ce cas de Frèche-Hallopeau est unique dans l'histoire de la phlycténose : à part lui, toujours, l'affection s'est montrée bénigne et est restée localisée aux extrémités.

En somme, tout en repoussant l'hypothèse de névrite qui ne semble pas devoir être admise actuellement, il nous faut reconnaître que probablement, certainement même, le système nerveux joue un rôle important dans la pathogénie de la phlycténose.

Cette intervention qui cependant pour nous doit être subordonnée et de beaucoup au rôle de l'infection, se fait encore d'une façon inconnue. D'ailleurs il est permis de supposer que la lésion nerveuse

quelle qu'elle soit est sous la dépendance directe des germes microbiens.

III. — *Théorie de l'identité avec la dermatite polymorphe douloureuse.* — Reste la théorie récente d'après laquelle la phlycténose récidivante doit rentrer dans le cadre de la dermatite polymorphe douloureuse. Carle et les dermatologistes lyonnais, pour identifier les deux affections se sont basés sur le cas généralisé de Frèche-Hallopeau.

Cette hypothèse n'a pas reçu jusqu'ici de confirmation et la plupart des observations publiées semblent indiquer qu'il s'agit réellement de deux dermatoses absolument différentes, ayant chacune ses signes propres et ses caractères tranchés.

La dermatite polymorphe douloureuse même dans ses formes les plus légères, se traduit toujours dès son début par des lésions multiples, disséminées et par des phénomènes généraux plus ou moins intenses ; au contraire la phlycténose récidivante est une affection essentiellement monomorphe, ne s'accompagnant que de rares symptômes subjectifs et dans sa forme habituelle reste localisée aux extrémités durant toute son évolution.

La généralisation de la phlycténose est exceptionnelle (cas unique de Frèche-Hallopeau) et lorsqu'elle s'est produite, ce n'est qu'après une longue période de localisation. Enfin la généralisation s'est faite par des éléments toujours identiques à eux-mêmes, par des phlyctènes purulentes dont les caractères nous sont maintenant parfaitement connus.

TRAITEMENT

Audry dans son article sur *la Phlycténose récidivante* insistait sur l'impuissance de la thérapeutique, il montrait qu'aucun médicament n'avait obtenu quelque résultat. Après le cas que nous venons de publier nous ne pouvons que nous ranger à son avis.

Hallopeau et Eck (1), il est vrai, ont obtenu une amélioration notable dans un cas de cette dermatose en se servant d'eau oxygénée ; mais ils ont vraisemblablement employé ce corps au moment où l'affection entraînait dans une de ces multiples phases de rémission. Toujours est-il que traitant plus tard un autre malade par la même méthode Hallopeau a vu sa médication échouer complètement.

Plus tard Hallopeau et Gastou préconisèrent l'emploi de la radiothérapie, mais cet autre agent thérapeutique n'a pas fait par la suite ses preuves.

Carle employa avec aussi peu de succès l'électrocautère, d'autres médecins épuisèrent la liste des

1. *Annales de Dermatologie*, nov. 1907.

2. *Annales de Dermatologie*, nov. 1904.

antiseptiques, ils eurent recours au biborate de soude, l'acide salicylique, l'acide picrique, le permanganate de potasse, l'acide pyrogallique. Les pommades au goudron, au soufre, au camphre, etc. furent aussi employées. Point n'est besoin de dire que malgré leur diversité toutes ces médications ont échoué tour à tour devant la ténacité de cette dermatose rebelle. De sorte que nous pouvons nous résumer en disant :

1° *La phlycténose récidivante n'a pas de remède spécifique et son traitement relève, sans succès éclatant, de l'emploi des antiseptiques comme dans une infection banale ;*

2° *Dans un même cas il faut s'adresser à des antiseptiques différents, l'évolution de la maladie n'en est que mieux influencée.*

3° *S'adresser de préférence aux antiseptiques faibles (eau oxygénée, permanganate de potasse). Les antiseptiques forts (acide chrysophanique, chlorure de zinc, nitrate d'argent) sont plus actifs vis-à-vis des infections secondaires, mais leur emploi dans la phlycténose récidivante sans complication donne un coup de fouet à la maladie ;*

4° *Dans les cas de lymphangite recourir aux pansements humides antiseptiques.*

Nous avons dit que ce qui agit le mieux, ce sont les antiseptiques ; il ne faut évidemment pas croire qu'ils enrayent l'affection, mais ils peuvent apporter dans son évolution, surtout au début de leur emploi, un ralentissement manifeste. Ce n'est que peu à peu que les téguments s'accoutument à l'effet du même anti-

septique et la dermatose continue alors sa marche.

Nous conseillons donc dans la phlycténose récidivante de recourir à des topiques différents et de ne s'attarder à l'emploi de la même substance que quelques semaines à un mois tout au plus ; quitte à y revenir plus tard. C'est cette médication ainsi instituée qui rendra, nous le pensons, les plus grands services.

CONCLUSIONS

La littérature médicale qui renferme une dermatose rare découverte par Hallopeau et appelée par lui acrodermatite continue, dermatose décrite ensuite et étudiée par Charles Audry sous le nom de phlycténose récidivante des extrémités, vient de s'enrichir d'un cas nouveau.

Ce cas qui d'après la nomenclature d'Audry appartient à la forme moyenne de la phlycténose, présente cependant un aspect un peu particulier et donne lieu aux considérations suivantes :

Le début est spontané sans cause ; on ne saurait en effet incriminer l'accident et les phénomènes consécutifs survenus quarante ans plus tôt.

Les signes subjectifs sont des plus minimes.

La localisation s'est faite uniquement aux pieds, ce qui est tout à fait exceptionnel. Bien que l'affection dure déjà depuis quatre ans. Les mains et les doigts sont absolument indemnes.

La thérapeutique n'a pas donné de grands résultats ; les divers agents ont été employés en vain : ceux qui paraissent cependant avoir eu une certaine

action sont surtout les antiseptiques faibles (eau oxygénée, Néol, permanganate de potasse).

Nous recommandons en cas de phlycténose récidivante de changer souvent de médicaments, car dans les premiers temps de leur emploi il y a presque toujours une réaction des téguments et dans un sens favorable.

Enfin, au point de vue pathogénique, ce cas nous donne quelques aperçus nouveaux :

Il nous montre que, suivant l'opinion de Hallopeau, l'infection joue le principal rôle. Il s'agit probablement des microbes banaux de la suppuration et surtout du staphylocoque.

Les troubles trophonévrotiques sur lesquels insiste Vidal semblent n'intervenir que comme cause prédisposante.

Quant à la névrite d'Audry, elle est des plus discutables.

Cependant dans la genèse de la phlycténose récidivante, intervient certainement un facteur nerveux mais dans un sens encore inconnu.

Enfin les rapports de la phlycténose récidivante avec la dermatose polymorphe paraissent manquer complètement.

Vu : le Président de la thèse,

E. GAUCHER

Vu : le Doyen

LARNAUDE

Vu et permis d'imprimer

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- Audry (Ch.)*. — Pratique dermatologique (art. phlycténose).
— Annales de la Société fr. de Dermatologie, 1901.
— Annales de Dermatologie, 1897.
— Annales de Dermatologie, 1899.
- Azua (J. de)*. — Dos Casos de acrodermatitis pustulosa continua sociedad espanola de dermatologica y syphiliografica, 6 mai 1909.
— Actos dermo-syphiliografica, mai-juin 1909.
- Bodin*. — Bulletin de la Société fr. de Dermatologie, 1902.
- Brilo Forexi*. — Acrodermatitis suppurativa (Rev. méd. del Uruguay, juillet 1902).
- Brocq (L.)*. — Dermatologique Pratique.
- Carle*. — Bulletin de la Société fr. de Dermatologie, 1903.
- Castilla*. — Acrodermatitis suppurativa recidivante (Casos de observacion de Argentina medica, Buenos-Ayrs, 1909).
- Croker*. — Case of acrodermatitis perstans in a female (Proceedings of the royal society of medecine dermatological section, nov. 1908).
- Danel*. — Phlycténose récidivante des extrémités, 1912 (Journal des sciences médicales de Lille mai-juin).
- Eddowes*. — Acrodermatitis hiemalis (D. S. of G. B. 23 janv. 1907. B. J. D., mars 1907).
- Frèche-Hallopeau*. — Annales de Dermatologie, 1897 et 1898 (même malade).
- Hallopeau*. — Annales de Dermatologie, 1890.
— Annales de Dermatologie 1892 et 1899 (même malade).
— Annales de Dermatologie, 1897.
- N. Basile

- Annales de Dermatologie, juin 1902 et Bulletin de la société fr. de Dermatologie, janv. 1907.
- Hallopeau et Castou.* — Annales de Dermatologie, nov. 1904 et Bulletin de la Société fr. de Dermatologie, novembre 1904.
- Hallopeau et Eck.* — Annales de Dermatologie, nov. 1902 et Bulletin de la Société fr. de Dermatologie, 1902.
- Jersild.* — Cas pour diag. la acrodermatitis (Société danoise de Dermatologie, 3 mai 1905. D. Z., déc. 1907).
- Littlejohn.* — Acrodermatitis perstans in a female (Royal society of medicine dermatological section, nov. 1908) (B. J. D., déc. 1908).
- Case of persistent eruption of the hands and feet (Proceedings of the royal society of medicine of London dermatological section, 17 juin 1909. B. J. D., juillet 1909).
- Stowes (J. H.).* — British journal of dermatology, 1896.
- Sutton.* — A comparative study of dermatitis repens and acrodermatitis perstans. (J. of C. D., juin 1911.)
- Über die möglichkeiten von verwandts chafts beziehungen zwiechen der acrodermatitis infectiosa ekzematoïdes, der dermatitis repens und dy acrodermatitis perstans (M. S. P. D., déc. 1911).
- Possible interrelationship of infections eczematoid dermatitis, dermatitis repens and acrodermatitis perstans (Missouri state of medical association journal, fév. 1913).
- Walhauser.* — Acrodermatitis perstans (New-York academy of medicine section on dermatology, déc. 1909 (J. of I. D., juin 1910).

Imp. de la Faculté de Médecine, 15, rue Racine, Paris. — 3389-17
